

بررسی اختلال قاعدگی در اوایل بلوغ در دختران ۱۷-۱۴ ساله مدارس منتخب شهر

تهران

ناهید فتحی زاده*، لیلافرجی**، ناهید خدا کرمی***، فاطمه ناهیدی^د

چکیده:

یکی از وقایع مهم زندگی افراد دوران نوجوانی و بلوغ می باشد. عامل شناسایی بلوغ واقعی در دختران شروع اولین قاعدگی می باشد. علی رغم اینکه قاعدگی در زندگی دختران یک واقعه غیر قابل انکار است، کمتر در مورد آن عواملی که بر آن تأثیر می گذارند مطلب نوشته شده است. هر دختر نوجوانی باید در مورد نشانه ها و علائم اختلالات قاعدگی که نیاز به مراقبت پزشکی دارد، اطلاعات کافی داشته باشد. اختلالات چرخه قاعدگی دارای طیف وسیعی می باشند و برخی از آنها می توانند منجر به مشکلات مهمی شده و حتی جزء علل عمده ناباروری محسوب شوند. به همین دلیل لزوم بررسی در این خصوص مطرح می باشد.

نوع مطالعه، توصیفی تحلیلی می باشد که در آن تعداد ۱۵۳۶ نفر از دانش آموزان مدارس شهر تهران به صورت تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه که شامل مشخصات فردی و اطلاعاتی پیرامون وضعیت قاعدگی بود. توسط پژوهشگر تعدادی پرسشگر آموزش دیده با انجام مصاحبه حضوری تکمیل شد و اطلاعات آن از طریق آمار توصیفی و استنباطی توسط نرم افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت.

یافته های پژوهش نشان می دهد که فراوانی اختلالات قاعدگی، آمنوره (۵/۷٪)، پلی منوره (۱۴/۶٪)، الیگومنوره (۲۴/۶٪)، متروراژی (۱۱/۷٪)، منوراژی (۱۱/۱٪)، هیپرمنوره (۲۲/۹٪)، هیپومنوره (۱۲/۹٪)، دیسمنوره (۷۵٪) بوده است. همچنین بین BMI (Body Mass Index)، ورزش و استرس با اختلالات قاعدگی ارتباط آماری معنی دار وجود داشت.

بر اساس نتایج حاصله پیشنهاد می گردد به مسأله تغذیه، کنترل وزن نوجوانان و کاهش عوامل استرس زا و برنامه ریزی جهت انجام ورزشهای منظم در مدارس دقت کافی مبذول شود.

واژه های کلیدی: بلوغ، قاعدگی، اختلالات قاعدگی

مقدمه:

اساس اولین قاعدگی مشخص می شود (۲). قاعدگی، خونریزی دوره ای رحم است که نمایانگر ریزش دوره - ای آندومتر مترشحه رحم به علت کاهش تولید استروژن و پروژسترون ناشی از اضمحلال جسم زرد می باشد (۳). طول مدت سیکل قاعدگی ومدت ومقدار خونریزی

فرآیند بلوغ در واقع مهمترین حادثه زندگی هر فرد محسوب می شود که علاوه بر تحولات جسمی به دلیل ماهیت فیزیولوژیکی وهورمونی این فرآیند، قسمت عمده تحولات فکری و روحی فرد در زندگی آینده را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. بلوغ واقعی در دختران بر

* عضو هیأت علمی (مربی) گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان خیابان هزار جریب تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۲۲۹۳۴ (مؤلف مسئول)

** کارشناس ارشد مامایی

*** عضو هیأت علمی (مربی) گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^د عضو هیأت علمی (مربی) گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

به طور قابل ملاحظه ای در زنان طبیعی متفاوت است ولی انحرافات چشمگیر وجود ناهنجاری فونکسیون و یا آناتومیکی را نشان می دهد. اختلالات قاعدگی بر اساس سن شروع، تناوب، مدت و مقدار خونریزی، کیفیت خونریزی و نشانه های همراه آن (درد،...) طبقه بندی می شوند. این اختلالات در سنین نوجوانی دارای شیوع بیشتری نسبت به سنین بالاتر است، چرا که هنوز چرخه های فیزیولوژیک هیپوتالاموس، تخمدان و رحم تکامل لازم را پیدا نکرده است و فاکتورهای مختلفی نیز در ایجاد این اختلال نقش دارند (۱۵).

قاعدگی های بعد از منارک (وقوع اولین قاعدگی) غالباً بدون تخمک گذاری، بدون قاعده و گاهی بسیار شدید است. معمولاً در عرض ۱۲-۶ ماه پس از منارک سیکل های منظم همراه با تخمک گذاری دیده می شود (۶). نوجوانان در سالهای اول قاعدگی مستعدترین افراد برای ابتلاء به خونریزی غیرطبیعی رحم هستند که دلیل آن تقریباً در تمام موارد ناشی از یک اختلال هورمونی و یا یک اختلال انعقادی است و در حدود ۲۰ درصد از منوراژی های نوجوانان بر اثر اختلالات انعقادی ایجاد می شود (۱). در طی خونریزی قاعدگی بطور متوسط ۴۰-۳۵ میلی لیتر خون از دست می رود و اگر حجم خونریزی ماهیانه به بیش از ۶۰ میلی لیتر در ماه برسد، آنمی ایجاد می شود و در بسیاری از موارد اولین علامتی که توسط خانم های دچار خونریزی غیر طبیعی رحم تجربه می شود، خستگی ثانویه ناشی از آنمی می باشد. در این گونه موارد مصرف آهن از اجزاء ضروری رژیم درمانی در این افراد می باشد. زیرا کمبود آهن باعث اختلال در رشد و پرولیفراسیون سلولی می شود (۵). خانم های جوانی که در بیشتر دوره های زمانی، تخمک گذاری

نمی کنند، بیشتر در معرض خطر ابتلا به سرطان آندومتر هستند و در دوران یائسگی در خطر بیشتری برای سرطان پستان قرار می گیرند که می تواند به علت وجود استروژن بسیار زیاد باشد. اختلالات قاعدگی دارای طیف وسیعی می باشند ولی در عین حال برخی از آنها می توانند منجر به مشکلات مهمی شده و حتی جزء علل مهم نا باروری محسوب شوند (۱۰). عواملی مانند نمایه توده بدن (BMI)، ورزش، استرس و... می توانند در ارتباط با اختلالات قاعدگی باشند. مثلاً در افراد چاق اختلال قاعدگی بیشتر به صورت خونریزی رحمی نامنظم همراه با عدم تخمک گذاری می باشد. از طرفی بی اشتهایی و ورزش های شدید، قاعدگی را به تأخیر انداخته و باعث آمنوره ثانویه می شود. در حدود ۴۰ درصد از خانمها دارای مشکلاتی مرتبط با سیکل قاعدگیشان می باشند و در حدود ۱۰-۲ درصد این افراد دارای فشارهای کـاری و روحی در زندگی روزمره خود می باشند (۳). Smits و همکاران در مطالعه خود اظهار نمود که فاصله کوتاه بین حاملگی های مادر یا سن بالای مادر در هنگام حاملگی موجب افزایش خطر اختلالات قاعدگی در دختران متولد شده از این مادران می شود که شاید به کیفیت اووسیت در هنگام لقاح بستگی دارد (۱۱).

قاعدگی های غیر قابل پیش بینی، دردناک، سنگین و طولانی مدت ممکن است توانایی نوجوان را برای حضور در مدرسه بشدت مختل کند و کارکرد اجتماعی وی را به مخاطره اندازد. بطوری که قاعدگیهای دردناک به علت غیبت از محل کار سبب هدر رفتن ۱۴۰ میلیون ساعت سالانه در آمریکا می شود (۱۴). در مواقعی که در دوران بلوغ پس از اولین قاعدگی، خونریزی حاد روی دهد باید به دیسکرازای های خونی یا حتی ناخوشی شدیدتری مشکوک شد (۱۱).

مطالعه حاضر باهدف بررسی اختلالات قاعدگی در اوایل بلوغ در دختران و ارتباط عوامل مختلف با آن انجام شده است.

مواد و روش ها:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی می باشد. در این مطالعه، نمونه پژوهش ۱۵۳۶ دختر نوجوان در سنین ۱۷-۱۴ سالگی مشغول به تحصیل در سه منطقه ۱۸، ۵، ۹ آموزش و پرورش تهران بوده اند. تعداد افراد شرکت کننده در هر یک از مناطق ۵۱۲ نفر بوده و نمونه گیری در ابتدا به صورت طبقه ای خوشه ای و سپس تصادفی انجام شده است.

معیارهای ورود دانش آموزان به مطالعه شامل: گذشتن حداقل یک سال از منارک، ساکن بودن در تهران و عدم وجود بیماری خاص بود. و معیارهای عدم پذیرش شامل: استفاده از رژیم غذایی جهت کاهش وزن، استفاده از داروهای هورمونی و عدم وقوع قاعدگی بوده است.

ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه ای مشتمل بر ۲ بخش مشخصات فردی (وزن، قد، سن و...) و مشخصات قاعدگی (فاصله بین دو قاعدگی، مدت و مقدار خونریزی قاعدگی و بروز درد در این دوران و...) بوده است. پرسشنامه توسط پژوهشگر و تعدادی پرسشگر با مدرک کارشناسی مامایی که آموزش لازم را دیده بودند با انجام مصاحبه حضوری با دانش آموزان تکمیل گردید و پس از پر کردن پرسشنامه، جزوه آموزشی در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار داده شد.

جهت تعیین اعتبار علمی چک لیست، از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین پایایی علمی آن نیز از روش آزمون مجدد استفاده شد. اطلاعات جمع آوری شده با روشهای آمار توصیفی و استنباطی و با استفاده از نرم افزار SPSS.10 مورد

پردازش قرار گرفت.

نتایج:

نتایج پژوهش نشان داد که فراوانی اختلالات قاعدگی به تفکیک در دختران به شرح زیر بوده است:

آمنوره (۵/۷٪)، پلی منوره (۱۴/۶٪)، الیگومنوره (۲۴/۶٪)، مترورازی (۱۱/۷٪)، منوراژی (۱۱/۱٪)، هیپرمنوره (۲۲/۹٪)، هیپومنوره (۱۲/۹٪)، دیسمنوره (۷۵٪) (جدول شماره ۱). میانگین سن دختران در این تحقیق ۱۵/۲ سال و محدوده سنی آنها ۱۷-۱۴ سال و میانگین سن منارک دختران ۱۲/۸ سال بود و ۴۸٪ دختران سیکل های نامنظم را در یک سال اول بعد از منارک تجربه کرده بودند و میانگین مدت خونریزی بین ۲ تا ۳ روز بود. همچنین حداکثر BMI دختران ۳۵ و حداقل ۱۴/۳۳ بود و ۵۳/۳٪ دختران BMI در حد نرمال (۱۹/۸-۲۶)، ۳۶/۹٪ دختران BMI کمتر از حد نرمال (کمتر از ۱۹/۸) و ۹/۸٪ از دختران BMI بالای حد استاندارد (بیشتر یا مساوی ۲۶/۱) داشتند.

میانگین ساعات ورزشی دانش آموزان در طول هفته ۱/۹۱ ساعت بود و ۷۶/۸٪ از دانش آموزان فعالیت ورزشی کمتر از ۷ ساعت در هفته و ۱۳/۷ درصد از دانش آموزان بیشتر از ۷ ساعت در هفته فعالیت ورزشی داشتند. ۹/۶٪ از دانش آموزان هیچ گونه فعالیت ورزشی در طول هفته نداشتند. در ارتباط با استرس، ۷۹/۶۸ درصد از دختران دچار عوامل استرس زا (جدایی والدین، مرگ اعضای خانواده، تغییر وضعیت مالی، تغییر در شرایط زندگی و...) بودند. در این پژوهش حداکثر سن مادران در هنگام حاملگی واحدهای مورد پژوهش ۴۰ سال و حداقل ۱۹ سال و میانگین سنی مادران در هنگام بارداری ۲۵/۴۲ سال بوده است. جهت تعیین ارتباط بین BMI، ورزش و استرس با اختلال قاعدگی از ضریب همبستگی

پیرسون استفاده گردید و مشخص شد که بین اختلال قاعدگی با BMI ($P=0/003$) ورزش ($P=0/047$) و استرس ($P=0/05$) ارتباط آماری معنی دار وجود دارد. همچنین آزمون آماری ارتباط معنی دار آماری بین بروز اختلالات قاعدگی و سن مادر در زمان حاملگی ($P=0/0564$) و فاصله سنی واحدهای مورد پژوهش با فرزند قبلی خانواده ($P=0/706$) نشان نداد.

بحث:

یافته های حاصل از پژوهش حاضر نشان دهنده آن است که ۷۵٪ درصد نمونه های مورد پژوهش مدارس تهران دارای دیسمنوره می باشند. Harlow و همکاران شیوع دیسمنوره در دختران ۱۷-۱۹ ساله سوئدی را ۷۲٪ گزارش کردند. با توجه به شیوع بالای دیسمنوره اولیه و فراوانی آن در سنین زیر ۲۰ سال، اتخاذ تدابیری جهت تسکین درد و سایر علائم دیسمنوره اولیه ضروری به نظر می رسد (۱۶). همچنین شیوع الیگومنوره در تحقیق حاضر ۲۴/۶ درصد بود. در این زمینه Munster شیوع الیگومنوره را ۲۹/۵ درصد گزارش کرده است که از رقم بالایی برخوردار است و با توجه به اینکه بیشترین علت ایجاد کننده الیگومنوره عدم تخمک گذاری می باشد، لزوم پیگیری و تشخیص این موارد و درمان دختران حائز اهمیت است (۱۳).

شیوع منوراژی در این تحقیق ۱۱/۱٪ و شیوع پلی منوره ۱۴/۶٪ بود. در این راستا Flug شیوع منوراژی را ۱۱-۲۵٪ و پلی منوره را ۱۴-۳۱٪ بیان کرد (۹). شیوع هیپرمنوره در این تحقیق ۲۲/۹٪ بود Fakey در تحقیق خود شیوع هیپرمنوره را ۳۰-۲۰٪ گزارش نمود (۸). شیوع هیپومنوره در تحقیق حاضر ۱۲/۹٪ بود. کیلاشکی نیز شیوع هیپومنوره را ۱۲/۱۷٪ بیان کرده است (۱۶). همچنین Bale و همکاران شیوع آمنوره را ۵-۲ درصد گزارش کرده است که در مطالعه حاضر ۵/۷٪ می باشد (۱۶).

از طرفی عواملی مانند استرس، BMI و ورزش می-توانند در ارتباط با اختلالات قاعدگی باشند. Harlow در مطالعه خود به این نتیجه رسید که وجود وزن پایین نسبت به قد و انجام ورزشهای شدید احتمال وجود سیکل های بیش از ۴۵ روز را افزایش می دهد و اظهار می دارد که سطوح بالای استرس بطور آشکار باعث اختلال قاعدگی می شود (۱۸). Meyer نیز در تحقیق خود اعلام می دارد که انجام ورزش های در حد متوسط، دوره های قاعدگی همراه با تخمک گذاری را تحت تأثیر قرار می دهد (۱۲). بنابراین به منظور تأمین و ارتقاء سلامت دختران توجه به مسأله تغذیه و کنترل وزن نوجوانان و کاهش عوامل استرس زا و برنامه ریزی جهت انجام ورزشهای منظم در مدارس ضروری به نظر می رسد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نسبی دانش آموزان دختر مدارس شهر تهران بر حسب نوع اختلال قاعدگی در سال ۱۳۸۰.

نوع اختلال قاعدگی	بلی	خیر
	درصد	درصد
آمنوره	۵/۷	۹۴/۳
بلی منوره	۱۴/۶	۸۵/۴
الیگومنوره	۲۴/۶	۷۵/۴
مترواژی	۱۱/۷	۸۸/۳
منوراژی	۱۱/۱	۸۸/۹
هیپرمنوره	۲۲/۹	۷۷/۱
هیپومنوره	۱۲/۹	۸۷/۱
دیسمنوره	۷۵	۲۵

- کل نمونه ۱۵۳۶ نفر

منابع:

- ۱- اسپیروف آندوکرینولوژی بالینی زنان و نازایی، ترجمه دکتر فرحناز امینی نائینی وهمکاران مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده، ۵۱۰، ۱۳۷۹.
- ۲- بهرامی غلامرضا، اهمیت آگاهی قبل از قاعدگی در رابطه با واکنشهای روانی دختران در نخستین قاعدگی، مجله تازه های روان شناسی، ۵: ۵۳-۴۹، ۱۳۵۰.
- ۳- کیستر اصول بیماریها و بهداشت زنان کیستر، مترجم دکتر بهرام قاضی جهانی، روشنگ قطبی، انتشارات اندیشه روشن، ۵۱-۲۸، ۱۳۷۹.
- ۴- کیالاشکی آتوسا. بررسی اختلالات قاعدگی بعد از منارک در دانش آموزان دختر مدارس شهر بابل در سال ۱۳۷۹. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ۱۳۷۹.
- ۵- هاریسون بیماریهای خون و سرطان شناسی ترجمه دکتر محمد رضا اسدی، چاپ اول، تهران، انتشارات ذوقی، ۷-۱۹۶، ۱۳۷۰.
- 6- Charles, M; Mach. A Bleeding Problems and treatment. Clinical obstetrics & Gynecology, 41(4) : 928 , 1998.
- 7-Dawood. Dysmenorrhea. Clin Ob Gyn,33(1):171,1990.
- 8-Fakey O;Adigoke,A. The characteristics of the menstrual cycle in Nigerian school girls and the implications for school health programmes. afr-J-med-seo , 23(1) : 7-13 ,1994.
- 9-Flug D; Largo; Rohand. Menstrual patterns in adolescent swiss girls: a longitudinal study. Annals of Human Biology,11(6) :495-508 ,1984.
- 10-Huumgr; Glazener CAM. Population study of causes treatment and outcome of infertility. BMJ, 201:1693, 1982.
- 11-Luc J;smits. Condition at conception and risk of menstrual Disorders. Epidemiology, 8(5): 524 , 1997.

- 12-Moisan J;Meyer. Leisure physical activity and age at menarche. Medicine and science in sports and exercise, 23(10): 1170, 1991.
- 13- Munster k; Schmidt; L. Helm,p. Length and variation in the menstrual cycle across sectional study From a danish country . Br- j-obstet-Gynecol. 99(5):422, 1992.
- 14- Paige Hartweck ; S. Dysfunctional uterine Bleeding. Obstetrics and Gynecology clinics of North America ,19(1): 137, 1992.
- 15-P Bale J; Docst D; Dawson. Gymnasts,distance runners,anorexics body composition and menstrual status. The journal of sports medicin and physical fitness. 26(1) : 49-52 , 1996.
- 16-Sibn D; Herlow. A longitudinal study of risk factors for the occurrence duration and severity of menstruan cramps in a cohort college women. British Journal of Obstetrics and Gyecology , 103 :1134-1142 ,1996.
- 17-Siban D; Harlow Ben. Campbell. Ethnic Differences in Menstrual Bleeding AmJ Epidemiol,144(10): 980-988, 1996.
- 18- Tsnevo D The effect of acupancture in dysmenorrhea Akush. Gynecol. sofia ; 32(3: 24, 1996.